

7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231

214-489-7252 သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် tifsfa@tifs.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ

ရက်စွဲ- _____ အာမခံပေးသူ၏အမည်- _____

လူနာအမည်- _____ ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်ရက်စွဲ- _____

ဆေးရုံအကောင်အထည်ဖော် _____ ဆေးမှတ်တမ်းနံပါတ် _____

ခင်မင်လေးစားရပါသော လူနာခင်ဗျာ-

Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် လျှောက်လွှာကို တွဲထည့်ပေးထားပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ခြင်းသည် သင့်ဆေးရုံငွေတောင်းခံလွှာ(များ)အတွက် သင့်အကောင်အထည်ဖော်မှု စဉ်းစားပေးရန်အလို့ငှါ ကျွန်ုပ်တို့ဖက်မှဆောင်ရွက်ပေးနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ဤသည်မှာ သင့်ဆေးရုံကုန်ကျစရိတ်များအတွက်သာ ဖြစ်သည်။

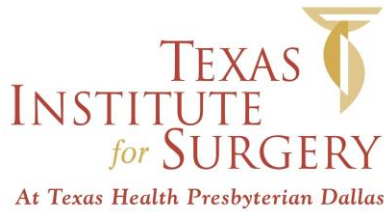
ပုဂ္ဂိုလ်ရေးလိုခြံစေလိုသည့် သင့်ဆန္ဒကို ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ သို့ဖြစ်ပါ၍ အတည်ပြုမှုဆိုင်ရာ ရည်ရွယ်ချက်များမှလွဲ၍ သင့်လျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့်အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်ထားရှိပေးထားမည်ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတို့ကို Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery ဝန်ထမ်းများကြား “သိရှိရန်လိုအပ်သလောက်သာ” ဝေမျှပေးသွားပါမည်။

လျှောက်လွှာရှိ အချက်အားလုံးကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ ရှင်းပြချက်တစ်ခုခုအတွက် နောက်ထပ်နေရာများ လိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ လျှောက်လွှာ၏ကျောဘက်ကို အသုံးပြုပေးပါ။

လက်ရှိလနှင့် ယခင်လနှစ်လအတွက် သင့်လစာဖြတ်ပိုင်း မိတ္တူ နှင့်/သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်စုအတွက် အခြားဝင်ငွေပုံစံတစ်ခုခု၏ အထောက်အထား မိတ္တူများ ကျေးဇူးပြု၍ ပေးအပ်ပါ။ လစာဖြတ်ပိုင်းများ သင်မရရှိပါက သင့်လစာ ငွေထည့်သွင်းမှုများကို ပြသထားသည့် ဘဏ်ရှင်းတမ်းများ၏ မိတ္တူကို ကျေးဇူးပြု၍ ပေးအပ်ပါ။ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း လုပ်ကိုင်ပါက သင်နောက်ဆုံးပေးဆောင်ခဲ့သည့် ကိုယ်ပိုင်ဝင်ငွေအခွန်နှင့် လက်ရှိ အမြတ်အနှိုးရှင်းတမ်း၏ မိတ္တူကို ကျေးဇူးပြု၍ ပေးအပ်ပါ။ တောင်းဆိုထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများကို ပေးအပ်ရန် ပျက်ကွက်ခြင်းသည် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုကို စဉ်းစားပေးရန် ငြင်းပယ်ခံရနိုင်စေပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာကို လက်ခံရရှိသည်နှင့် ဖြည့်စွက်ပြီး အမြန်ဆုံး ပြန်ပို့ပေးရန် အလွန်အရေးကြီးပါသည်။

ဤလျှောက်လွှာကို ဖြည့်စွက်ရန် အခက်ကြုံနေပါက သို့မဟုတ် မရှင်းလင်းသော နေရာတစ်ခုရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင့်ပူးပေါင်းပါဝင်မှုအတွက် ကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။



7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် tifsfa@tifs.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် လျှောက်လွှာ- စာမျက်နှာ 1

လူနာအမည်- _____ နောက် _____ ရှေ့ _____ MI _____

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် _____ မွေးသက္ကရာဇ်- _____ ဆေးရုံအကောင်အထည်ဖော်- _____

အိမ်ထောင်ရှိ _____ လူပျို/အပျို _____ ကွာရှင်းထား _____ မုဆိုးဖို/မုဆိုးမ _____ ခွဲနေ _____

သင့်အတွက် အသက် 18 နှစ်အောက် ကလေးများ ရှိပါသလား။	_____	ဟုတ်	_____	မဟုတ်
၎င်းတို့သည် သင်နှင့်အတူ နေထိုင်ခြင်းရှိပါသလား။	_____	ဟုတ်	_____	မဟုတ်
၎င်းတို့သည် သင်၏သားသမီးအရင်း/တရားဝင်မွေးစားထားသော သားသမီးများ ဖြစ်ပါသလား။	_____	ဟုတ်	_____	မဟုတ်
လူနာတွင် အလုပ်အကိုင်ရှိပါသလား။	_____	ဟုတ်	_____	မဟုတ်
အိမ်ထောင်ဖက်တွင် အလုပ်အကိုင်ရှိပါသလား။	_____	ဟုတ်	_____	မဟုတ်
သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံ ရှိပါသလား။	_____	ဟုတ်	_____	မဟုတ်
သင်သည် မသန်စွမ်းခွင့်ယူထားပါသလား။ အချိန်မည်မျှ ယူထားပါသလဲ။	_____	ဟုတ်	_____	မဟုတ်
သင်သည် စစ်မှုထမ်းဟောင်းဖြစ်ပါသလား။	_____	ဟုတ်	_____	မဟုတ်

မိသားစုဝင်များ - (အိမ်တွင် နေနေသော)

အိမ်ထောင်ဖက်- _____

ကလေး- _____ အသက်- _____

ကလေး- _____ အသက်- _____

ကလေး- _____ အသက်- _____

ကလေး- _____ အသက်- _____

ဝင်ငွေ (လစဉ်ပမာဏ)-

	စုစုပေါင်း	အသားတင်	ကုန်ကျစရိတ်များ	လစဉ်ပမာဏ
လူနာ	\$ _____	\$ _____	အိမ်ချေးငွေ/အိမ်ငှားခ	\$ _____
အိမ်ထောင်ဖက်	\$ _____	\$ _____	ရေဖိုးမီးဖိုး	\$ _____
မိခိုသူများ	\$ _____	\$ _____	ကားချေးငွေများ	\$ _____
အစိုးရ ထောက်ပံ့မှု	\$ _____	\$ _____	အစားအစာ / စားသောက်ကုန်	\$ _____
အစားအသောက်တံဆိပ်ခေါင်းများ	\$ _____	\$ _____	ခရက်ဒစ်ကတ်များ	\$ _____
လူမှုဖူလုံရေး	\$ _____	\$ _____	အခြား (ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ)	\$ _____
အလုပ်လက်မဲ့	\$ _____	\$ _____		\$ _____
ဆန္ဒပြုမှုဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်များ	\$ _____	\$ _____		\$ _____
အလုပ်သမားလျော်ကြေးအာမခံ	\$ _____	\$ _____		\$ _____
ကွာရှင်းပြီးသူအတွက် ထောက်ပံ့စရိတ်	\$ _____	\$ _____	စုစုပေါင်း	\$ _____
ကလေးစရိတ်	\$ _____	\$ _____		
စစ်မှုထမ်းဝေစု	\$ _____	\$ _____		
ပင်စင်	\$ _____	\$ _____		
အခြားဝင်ငွေ- CD များ				
အိမ်ငှားခ အစုပေါင်းအမြတ်များ				
အတိုး	\$ _____	\$ _____		
စုစုပေါင်း	\$ _____	\$ _____		

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် tifsfa@tifs.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ

ပိုင်ဆိုင်မှုများ

Checking အကောင့် \$ _____
 Savings အကောင့် \$ _____
 CD များ၊ IRA များ \$ _____
 အခြားရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ (စတော့၊ ဘွန်း၊ စသဖြင့်) \$ _____
 မူလနေအိမ်မှလွှဲ၍ အခြားအိမ်များ/မြေများ \$ _____

ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် လျှောက်လွှာ- စာမျက်နှာ 2

အလုပ်ရှင်၏အမည် _____	အိမ်ထောင်ဖက်၏ အလုပ်ရှင်- _____
ဖုန်းနံပါတ် _____	ဖုန်းနံပါတ် _____
အလုပ်ရှင်လိပ်စာ _____	အလုပ်ရှင်လိပ်စာ _____
အလုပ်အကိုင် _____	အလုပ်အကိုင် _____

Medicaid အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သင်လက်ရှိ လျှောက်ထားပါသလား။ _____ ဟုတ် _____ မဟုတ်
 သင့်ကောင်တီ ဆေးရုံ/ဆင်းရဲနွမ်းပါးသူ အစီအစဉ်မှတစ်ဆင့် ထောက်ပံ့မှုရရှိရန် လျှောက်ထားပါသလား။ _____ ဟုတ် _____ မဟုတ်
 သင့်ဆရာဝန်သည် သူ/သူမ၏ ဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ လုပ်ဆောင်ပေးနေခြင်းဖြစ်ပါသလား။ _____ ဟုတ် _____ မဟုတ်
 သင့်မတော်တဆဖြစ်မှု/ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု/ နာမကျန်းမှုအတွက် တာဝန်ရှိကောင်းရှိနိုင်သော ပြင်ပပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုခု ရှိပါသလား။ _____ ဟုတ် _____ မဟုတ်
 သင့်ဆေးရုံငွေတောင်းခံလွှာများကို ပေးဆောင်ရန် အခြားတစ်စုံတစ်ဦးက သင့်ကို ထောက်ပံ့ပေးနေပါသလား။ _____ ဟုတ် _____ မဟုတ်
 မည်သူက သင့်ကို ထောက်ပံ့ပေးနေပါသလဲ။ _____
 သင်ထောက်ပံ့ကြေး မည်မျှရနေပါသနည်း။ _____

သင့်ဆေးရုံငွေတောင်းခံလွှာကို ပေးချေရာတွင် ထောက်ပံ့မှုရရှိရန် သင့်သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် ကျွန်ုပ်တို့အတွက် အကူအညီဖြစ်စေမည်ဟု သင်ထင်သော အခြားမည်သည့်အချက်အလက်မဆိုကို ဖော်ပြပါ။ _____

သင့်နာမကျန်းမှုကြောင့် အလုပ်ခွင့်ယူထားစဉ် သင်ရရှိရန် မျှော်မှန်းထားသည့် ဝင်ငွေများ နှင့်/သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ငွေများ (နာမကျန်းခွင့်၊ လုပ်ခရ အနားယူခွင့်၊ ရေတို/ရေရှည် မသန်စွမ်းဖြစ်မှုအတွက် ဝင်ငွေ)။ \$ _____

သင့်အနေဖြင့် အလုပ်လုပ်နိုင်ခြင်း နှင့်/သို့မဟုတ် လုပ်ခရနိုင်ခြင်း ရှိမည်မဟုတ်သည့် မျှော်မှန်းကြာချိန်- _____

Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery သည် ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် ငွေရေးကြေးရေး အချက်အလက်များကို ဆေးရုံ၏ ဤလျှောက်လွှာကို သုံးသပ်မှုနှင့်ဆက်နွယ်၍ အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း နားလည်၍ ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များကို အတည်ပြုရန်အတွက် ဆေးရုံကို ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်ထံ ဆက်သွယ်ခွင့်နှင့် အကြွေးအစီရင်ခံတင်ပြသော အေဂျင်စီများထံမှ အစီရင်ခံစာများ တောင်းဆိုခွင့်ကို ဤတွင် ပေးအပ်လိုက်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်များကို ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအတွက် ကျွန်ုပ်၏သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို စစ်ဆေးရာတွင် အသုံးပြုသွားမည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိကာ ဤလျှောက်လွှာတွင် အချက်အလက်များကို မှားယွင်းစွာတင်ပြခြင်းသည် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုရရှိရန် ငြင်းပယ်ခံရနိုင်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ ပြင်ပပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် အခြားရင်းမြစ်မှ ငွေပြန်ရသောအခါ ခွင့်ပြုထားသည့် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုမည်သည်မဆိုကို အပြည့်အဝဖြစ်စေ၊ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းဖြစ်စေ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိသည့် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုမည်သည်မဆိုကို ဆေးရုံက ကျွန်ုပ်တင်နေသည့် အကြွေးပမာဏအတွက် ငွေပြန်တောင်းခွင့်ကို စွန့်လွှတ်မှုတစ်ခုအဖြစ် မှတ်ယူရမည်မဟုတ်ဘဲ ဤဆေးရုံတက်မှုနှင့်ဆက်စပ်သည့် ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိသော မည်သည့်ငွေပြန်ပေးမှုမဆိုကို Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery သို့ ပေးပို့ရမည်ဖြစ်ပါသည်။

တောင်းဆိုမှုကို ပြုလုပ်နေသူ၏လက်မှတ်၊ လူနာဖြစ်ပါက _____ ရက်စွဲ

တောင်းဆိုမှုကို ပြုလုပ်နေသူ၏လက်မှတ်၊ လူနာမဟုတ်ပါက _____ တော်စပ်ပုံ

လူနာ၏လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ ဇစ်ကုဒ် ကောင်တီ _____ အိမ်ဖုန်းနံပါတ် _____